FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 THÈSE 138

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

REVERSÉ BERNARD-JULES-EUGÈNE

Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen

Né le 23 Octobre 1901, à Pavilly (Seine-Inférieure)

ÉTUDE CRITIQUE

Sur les moyens de correction de l'Entropion Spasmodique de la Paupière inférieure

Président : M. TERRIEN, *Professeur*

GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1930

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

REVERSÉ BERNARD-JULES-EUGÈNE

Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen

Né le 23 Octobre 1901, à Pavilly (Seine-Inférieure)

ÉTUDE CRITIQUE

Sur les moyens de correction de l'Entropion Spasmodique de la Paupière inférieure

Président : M. TERRIEN, *Professeur*

GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1930

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT BEZANÇON ACHARD Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri..	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.

MM.	
LAROCHE Guy..	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER Fernand	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils.....	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. ...	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR A MON FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE DIRECTEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

Hommage très respectueux.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Externat.

A la mémoire de Monsieur le Professeur JEANNE
Professeur de Clinique chirurgicale

dont nous eûmes, plus tard, l'honneur d'être l'interne et dont l'enseignement remarquable restera pour nous inoubliable.

Monsieur le Docteur SEYER
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur SAMSON
Médecin des Hôpitaux

Internat.

Monsieur le Docteur PAYENNEVILLE
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur MARTIN
Professeur de Clinique Obstétricale

Monsieur le Docteur LOISEL
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHER

Médecin-Chef de l'Hopital Ophtalmique
Départemental Forbras de Rouen

qui a guidé nos premiers pas dans l'ophtalmologie.

Qu'il veuille bien trouver ici, avec l'assurance de tout notre dévouement, l'hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR le DOCTEUR MÉRIGOT de TREIGNY

Médecin-Chef du Service d'Ophtalmologie
de l'Hopital Saint-Joseph de Paris

qui nous a si aimablement accueilli dans son service et qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils dans nos premières interventions chirurgicales.

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAILLOUS

Médecin de la Clinique Nationale
des Quinze-Vingts

Avec l'expression de notre sincère gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait, en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

L'entropion non cicatriciel, ou spasmodique, de la paupière inférieure, est une affection que l'on rencontre assez fréquemment en pathologie oculaire et qui résiste, en général, avec une grande ténacité, aux différents traitements qui ont été proposés pour la guérir. Etant donné l'apparition, il y a quelques années seulement, de deux méthodes nouvelles, — nous voulons parler de l'opération de POULARD-MICHAUD et des injections d'alcool, il nous a semblé intéressant d'apporter quelques observations sur ce sujet toujours d'actualité.

Notre but, au cours de ce travail, est d'exposer d'abord l'étiologie et les différentes théories pathogéniques qui se rattachent à l'entropion spasmodique, ensuite de passer rapidement en revue les divers traitements utilisés auparavant, avec leurs avantages et leurs inconvénients, et d'aborder enfin l'étude plus complète des deux procédés que nous avons cités plus haut.

CHAPITRE PREMIER

Notions sur l'Etiologie et la Pathogénie de l'Entropion non cicatriciel

Si nous mettons de côté l'entropion congénital, très rare, et l'entropion qui survient chez des bébés trop gras et qui, d'ailleurs, guérit tout seul lorsque l'enfant grandit, nous voyons que l'entropion non cicatriciel doit, au point de vue étiologique, être divisé en deux classes :

La première comprend les entropions que nous pourrions appeler « symptomatiques » parce que, dans cette catégorie, le spasme a été déterminé par une irritation venue d'un point quelconque de l'œil ou de ses annexes, et qu'il disparaît ordinairement lorsque la cause qui lui a donné naissance a été découverte et soignée.

Dans la seconde classe, nous rangerons les entropions qui surviennent sans autre cause apparente que le relâchement des tissus de la paupière inférieure. Comme il apparaît surtout chez des vieillards à la peau flasque et hypotonique, ce genre d'entropion est encore appelé « entropion sénile »; c'est lui qui a donné lieu à de multiples controverses sur son étiologie et sa pathogénie, ainsi qu'à de nombreux procédés pour le réduire.

1° Entropion spasmodique symptomatique.

En présence de tout malade atteint d'entropion spasmodique, il importe d'examiner soigneusement l'œil et ses annexes, car une lésion inflammatoire minime peut être la cause de tout le mal, l'irritation déclanchant le spasme de l'orbiculaire. Nous devrons donc successivement explorer les paupières et le globe oculaire, et rechercher d'abord s'il n'y a pas un placard d'eczéma, une érosion, un prurit, ou encore une conjonctivite aiguë ou chronique. Sinon il faut s'assurer qu'il n'existe pas une ulcération de la cornée ou une poussée de kératite interstitielle qui a pu déterminer l'entropion. MICHAUD, dans sa thèse, a, après le Professeur TERRIEN, insisté plus particulièrement sur les fissures de la peau et les petites ulcérations siégeant à l'angle externe du canthus externe : il y a là, parfois, une sorte de macération de la peau qu'il suffit de traiter convenablement pour en faire disparaître les effets.

Dans le même ordre d'idées, on voit quelquefois apparaître, après une intervention sur le globe, un entropion provoqué par l'irritation du traumatisme opératoire : cet entropion surviendrait plus rarement chez les malades auxquels on a fait un lambeau conjonctival, ce dernier étant moins irritant qu'une section en pleine cornée (POULARD).

2° Entropion spasmodique sans cause d'irritation apparente.

Cette variété d'entropion spasmodique, appelé aussi à tort « sénile » puisqu'on peut le rencontrer chez des adultes, survient brusquement, en général, chez des individus habituellement assez âgés et chez lesquels rien ne peut faire prévoir cette affection. L'examen de ces malades ne révèle aucune lésion inflammatoire,

le bord ciliaire a conservé sa tonicité et son aspect normal; seule, la peau de la paupière inférieure est mince, flasque, pendante et c'est pourquoi on trouve habituellement cet entropion chez des vieillards aux tissus amoindris. Avec le Docteur TERSON, qui s'est tout particulièrement occupé de la question et dont nous nous sommes inspiré pour ce chapitre, nous insisterons spécialement sur l'intégrité du bord ciliaire que l'on retrouve presque toujours chez ce genre de malades : c'est là un point capital pour l'explication de la pathogénie de cette curieuse affection.

Pour comprendre la formation de l'entropion spasmodique, il est d'abord nécessaire de rappeler les dispositions particulières des deux paupières, supérieure et inférieure. La première est doublée d'un plastron conjonctif large et solide, que l'on appelle à tort « cartilage » tarse, et sur lequel elle est appliquée sur la plus grande partie de son étendue. On conçoit que, dans ces conditions, la luxation spontanée en arrière, d'une telle paupière, soit chose presque impossible et, en réalité, exceptionnelle. Mais la paupière inférieure, elle, ne possède qu'un tarse très mince et surtout fort étroit, ce qui permet sa mobilisation facile, soit en avant soit en arrière; comme, de plus, le bord supérieur de ce cartilage tarse est entièrement adhérent au bord ciliaire, sa bascule entraînera fatalement celle des cils avec elle.

A l'état normal, la paupière inférieure est maintenue en état d'équilibre par la tonicité de la peau et des fibres de l'orbiculaire qui, en se contractant, appliquent la paupière contre le globe oculaire, agissant ainsi à la manière d'une sangle. Dans l'entropion, au contraire, ainsi que nous l'avons constaté plus haut, l'état de la peau et de l'orbiculaire sous-jacent contraste complètement avec l'aspect normal du bord ciliaire qui, lui, est resté bien tendu; et, de fait, l'ouverture palpébrale chez ces malades est normale, quelquefois même diminuée, tandis qu'elle est agrandie, au contraire, dans l'ectropion. Le bord ciliaire représente ainsi un axe horizontal tendu, qui peut rouler sur lui-même

en avant ou en arrière : comme il n'est plus retenu ni par la peau ni par l'orbiculaire, il peut se luxer dans le cul-de-sac conjonctival en « attirant toute la couverture à lui », selon l'expression juste et imagée du Docteur TERSON. Cette luxation pourra se produire sous une influence quelconque : contractions violentes et répétées des paupières, le plus souvent à la suite d'une irritation, poussière ou corps étranger, par exemple. Elle sera aussi aidée par l'amaigrissement du sujet et l'enfoncement du globe dans l'orbite.

Mais la cause déterminante de la luxation est la contracture de la portion toute marginale de l'orbiculaire, portion que l'on appelle le muscle de Riolan. C'est cette contracture qui contraste avec l'état d'affaissement que présente partout ailleurs le muscle orbiculaire, et qui donne l'impression que le bord ciliaire est tendu comme un axe autour duquel s'enroule la paupière inférieure. Nous verrons, du reste, que, pour essayer de supprimer cette contracture, plusieurs auteurs ont proposé, dans leurs procédés opéatoires, d'exciser la partie toute marginale du muscle.

A ce moment, l'entropion n'est qu'accidentel et, généralement, le spasme est encore assez peu marqué : il ne va augmenter que sous l'influence du frottement des cils qui, brossant littéralement la cornée, vont créer une cause d'irritation croissante et établir un état spasmodique définitif qui empêchera la paupière de retourner dans sa position normale; celle-ci, enroulée sur elle-même, ne peut avoir aucune tendance à reprendre sa place, chaque contraction de l'orbiculaire l'installant davantage dans le cul-de-sac conjonctival.

C'est en se basant sur ce mode de formation de l'entropion que l'on a proposé (1) de l'appeler spontané, le terme de spasmodique ne visant qu'une complication apparue secondairement presque toujours et celui d'entropion aigu ou sénile ne correspondant pas non plus à la réalité, puisque l'entropion devient

(1) TERSON. Annales d'Oculistique. Février 1929.

très vite chronique ou peut apparaître, rarement il est vrai, chez un individu jeune.

Nous avons exposé, avec tous les détails, cette théorie sur la formation de l'entropion, car cette question a donné lieu, tout récemment encore, à de nombreuses controverses présentant un gros intérêt au sujet du procédé à employer pour la correction de l'entropion.

Certains auteurs ont affirmé que l'entropion et l'ectropion séniles avaient une même pathogénie et se caractérisaient, dans un cas comme dans l'autre, par un allongement du bord ciliaire, et, par conséquent, étaient justiciables du même traitement. MARCHADIER, dans sa thèse (Paris 1928), distingue l'entropion spasmodique du à une cause locale ou générale, ainsi que nous l'avons fait plus haut, et l'entropion que nous appelons spontané et qui, d'après lui, est toujours du à un allongement du bord libre. Il explique que ce bord libre représente un cordage fibro-cartilagineux fixé au squelette à chacune de ses extrémités : si ce cordage se relâche, il est susceptible de basculer en avant ou en arrière, et c'est là qu'intervient l'action du muscle de Riolan pour décider de la formation d'un entropion ou d'un ectropion. Si la portion toute marginale de l'orbiculaire se contracte et maintient bien le bord ciliaire, ce dernier bascule en arrière et, par le frottement des cils, déclanche alors le spasme, ainsi que nous l'avons montré précédemment.

Si, au contraire, le muscle orbiculaire est relâché tout entier, la paupière, n'étant plus soutenue, s'affaisse en avant et c'est un ectropion.

La conclusion logique de cette manière d'envisager la formation de l'entropion, c'est qu'il faut employer le même traitement que pour l'ectropion et qu'on doit, avant tout, s'adresser au bord ciliaire qu'il s'agit de raccourcir : nous verrons plus loin quelles sont les principales méthodes opératoires qui ont été proposées dans ce but.

Cette pathogénie, à la vérité, semble assez discutable et ne paraît pas devoir être retenue pour la grande majorité des entropions spontanés. Ce qui frappe justement dans l'entropion, c'est cet axe, sorte de tringle que forme le bord ciliaire, si bien que, très souvent, la fente palpébrale est moins grande que celle du côté sain et que, dans ce cas, loin d'être relâché, le bord ciliaire est, au contraire, plus tendu qu'à l'état normal. Sur trois des malades dont nous rapportons les observations, nous avons pu remarquer cette disposition très nettement, et il était facile alors de reproduire le mécanisme de l'entropion en remettant, avec le doigt, la paupière en place. Aux premiers clignements, on voyait, petit à petit, le bord ciliaire, tendu, rouler sur lui-même, comme une corde, en entraînant la peau, relâchée, de la paupière inférieure. Puis, tout à coup, étant en état d'équilibre instable, il se renversait brusquement et définitivement en arrière, entraînant avec lui toute la haie ciliaire. Une fois la luxation effectuée, on constatait aisément que le bord libre, toujours tendu, s'opposait absolument à ce qu'elle se réduisît d'elle-même.

Il résulte donc, d'après ce qui précède, que, à moins de constater un relâchement inaccoutumé du bord ciliaire, il n'est nullement besoin de toucher à ce bord pour assurer une correction suffisante de l'entropion spontané : les résultats observés dans les cas que nous publions à la fin de ce travail prouvent amplement qu'une guérison définitive peut être obtenue grâce à un procédé plus simple que les méthodes opératoires exposées dans la thèse de MARCHADIER.

CHAPITRE II

Différents moyens de correction des Entropions spontanés

Ainsi que nous l'avons signalé en montrant l'étiologie de l'entropion spasmodique symptomatique, il faut d'abord, dans ce cas, instituer un traitement médical qui, souvent alors, suffit à lui seul pour amener une guérison définitive : une simple pommade à la cocaïne, en supprimant les contractions violentes des paupières, dues à la douleur, peut faire disparaître le spasme. En cas d'insuccès, on aura recours à l'un des moyens que nous allons énumérer maintenant : ils s'appliquent, d'ailleurs, plus spécialement à l'entropion spontané.

La diversité de ces moyens imaginés pour la correction de l'entropion est telle que, pour plus de clarté, nous serons obligé d'établir une classification : d'abord les procédés non sanglants; ensuite, les procédés opératoires dont la variété est extrême.

1° Procédés non sanglants.

Ces différents moyens ne peuvent être que palliatifs et, par conséquent, d'un emploi assez réservé : ils tendent tous à maintenir la paupière en place, soit à l'aide d'une substance plus ou moins adhésive, soit à l'aide d'un petit appareil métallique.

Parmi les premiers, le collodion est le plus souvent utilisé; on enduit une petite baguette de verre, que l'on pose horizontalement sur la paupière inférieure et parallèlement au bord ciliaire; puis, on fait une dépression plus ou moins profonde et l'on retire la baguette tandis que les deux bords de la dépression s'accolent : le moindre inconvénient de ce système est qu'il faut le recommencer tous les jours; il en va de même lorsqu'on remplace le collodion par une petite bande de diachylon, qui a souvent, en outre, le gros désavantage d'engluer les cils, dont le décapage peut être assez délicat.

Dans la seconde catégorie, nous trouvons des agrafes de Michel ou de Lenormant, des serre-fines, des serre-plates ou encore un dispositif adapté sur une lunette et comprenant une branche en T ou un ressort à boudin qui vient reposer sur la paupière inférieure, ectropionnée au préalable, et la maintenir dans cette position.

Enfin, pour terminer ce chapitre, nous ne ferons que mentionner au passage l'épilation que certains malades ont la patience de renouveler aussi souvent qu'il est nécessaire : il s'agit là, évidemment, d'un travail particulièrement minutieux, puisque tout cil, si fin soit-il, doit disparaître sous peine d'irriter la cornée.

Le procès de ces différentes méthodes n'est évidemment pas bien difficile à faire, étant donné l'amélioration toute passagère qu'elles peuvent donner. Elles ne conviennent qu'à des malades très méticuleux et désireux, avant tout, d'éviter une intervention.

Nous ne voyons guère qu'une seule indication dans laquelle on puisse avoir, à la rigueur, recours à l'un de ces moyens : c'est lorsqu'il s'agit d'un entropion post-opératoire. On a alors tout intérêt à utiliser le procédé le plus simple possible pour éviter de traumatiser la paupière; encore faut-il savoir que le diachylon a souvent donné lieu à de l'infection.

2° Procédés opératoires.

Ce chapitre est de beaucoup le plus important et il nous paraît nécessaire de faire une division et d'envisager successivement :

LES SUTURES;

LA CAUTÉRISATION IGNÉE;

LES OPÉRATIONS PROPREMENT DITES, qui peuvent intéresser, ensemble ou séparément, la peau de la paupière inférieure, le muscle orbiculaire, le canthus externe et le bord ciliaire.

LES SUTURES.

Les plus communément utilisées sont celles de GAILLARD et de SNELLEN, qui, toutes deux, ont pour but d'établir des adhérences profondes en plissant les tissus de la paupière inférieure.

1° SUTURES DE GAILLARD. — Deux ou trois fils, dont chaque bout est armé d'une aiguille, traversent la peau, juste en dessous du bord ciliaire, et cheminent de haut en bas jusqu'à la partie inférieure de la paupière, où ils ressortent. On noue les deux bouts de chaque fil sur un petit rouleau de papier ou de caoutchouc et l'on a soin de surcorriger l'entropion, car la peau se relâche toujours par la suite.

2° SUTURES DE SNELLEN. — Le fil pénètre dans la partie la plus déclive du cul-de-sac inférieur, traverse la peau de part en part et rentre à nouveau sous la peau de la paupière, où il va cheminer de bas en haut, pour ressortir à deux millimètres en avant du bord palpébral. On procède alors comme pour les sutures de GAILLARD en serrant plus ou moins.

On peut aussi pratiquer une suture beaucoup plus facile encore, en ne faisant passer qu'un bout du fil seulement dans la paupière et en faisant un nœud ordinaire qui plisse la peau.

Ces procédés, pour simples qu'ils soient, sont assez peu recommandables, car le résultat esthétique est évidemment défectueux. Pour obtenir des adhérences profondes, il faut laisser les fils en place beaucoup plus longtemps qu'il n'est recommandé généralement (trois semaines au moins) : le gros bourrelet de peau qui persiste à la paupière inférieure est toujours d'un effet très disgracieux, ce qui rend ce procédé assez difficilement applicable en clientèle. De plus, les adhérences ne sont souvent obtenues qu'au prix d'une suppuration assez longue et une infection n'est pas toujours sans danger dans ces tissus qui réagissent mal.

LA CAUTÉRISATION IGNÉE.

C'est un des moyens les plus anciennement employés et qui est complètement à rejeter maintenant.

Avec un thermo ou un galvanocautère, on trace parallèlement au bord palpébral une raie de feu plus ou moins profonde et plus ou moins large, et la cicatrisation se produit en établissant des adhérences entre les divers plans qui ont été touchés par le cautère.

Ce procédé, qui a, du reste, parfois donné de bons résultats, est très aveugle, car on ne peut doser exactement la correction que l'on désire, et, de plus, il a le grave inconvénient de laisser une cicatrice très apparente, ce qui le rend pratiquement inutilisable.

Procédé mixte. — A la cautérisation ignée simple peut se rattacher un moyen de correction mixte, qui a été exposé pour

la première fois par le Docteur VALIÈRE-VIALEX (1), qui l'a vu appliquer souvent par le Docteur MORAX dans son service de Lariboisière.

Ce procédé a ceci d'intéressant qu'il ne fait porter la cautérisation que sur les tissus profonds et supprime, par conséquent, la cicatrice qui résultait de la cautérisation totale. Voici, d'après le Docteur VALIÈRE-VIALEX, en quoi il consiste :

L'incision de la peau se fait parallèlement au bord ciliaire, dans toute son étendue et à quatre ou cinq millimètres de lui. L'opérateur dissèque la peau en haut jusqu'aux follicules pileux, en bas jusqu'à ce que soit mise à nu la face antérieure du tarse recouverte du muscle orbiculaire, dont on resèque une languette comprenant la portion toute marginale du muscle.

On fait alors une cautérisation profonde linéaire dans toute l'étendue de l'incision et on suture ensuite la peau sans la réséquer.

Les résultats obtenus par cette méthode sont, paraît-il, très satisfaisants et durables, et ceci s'explique facilement puisque, d'abord, on supprime la portion marginale de l'orbiculaire, celle qui a le plus de tendance à enrouler le bord ciliaire sur lui-même; ensuite, la cautérisation profonde creuse une gouttière sur la face convexe du tarse et le force ainsi à se rabattre en avant. Enfin, par suite des adhérences de la peau aux plans profonds, celle-ci ne peut plus glisser librement et retient la paupière inférieure dès qu'elle veut basculer en arrière.

Ce procédé que nous n'avons pas vu appliquer, paraît très rationnel et mérite d'être retenu parmi les meilleurs moyens de correction de l'entropion spontané. Il semble même, lorsque la peau de la paupière inférieure est particulièrement flasque et relâchée, qu'on pourrait augmenter l'action rétractile de la peau en en reséquant une languette plus ou moins large, suivant l'effet qu'on désire obtenir.

---

(1) VALIÈRE-VIALEX. Annales d'Oculistique. Février 1929.

LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

L'entropion spontané ayant souvent récidivé avec une remarquable ténacité aux divers traitements qui ont été successivement préconisés contre lui, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'un assez grand nombre d'opérations aient été imaginées pour le réduire.

Nous allons rapidement voir les plus connues parmi ces opérations et nous terminerons ce chapitre par l'étude de deux procédés que nous appellerons mixtes parce qu'ils unissent une action sur le bord ciliaire ou sur le canthus externe à une excision large du muscle orbiculaire. Bien entendu, nous réserverons deux chapitres à part pour les deux procédés qui nous intéressent spécialement dans ce travail : les injections d'alcool et l'opération de POULARD-MICHAUD.

Les procédés les plus simples qui ont été imaginés pour la correction de l'entropion spontané sont les procédés cutanés, dans lesquels on raccourcit plus ou moins la peau, relâchée, de la paupière inférieure. Ce sont les plus anciens et aussi les moins recommandables, car la récidive est à peu près fatale. De plus, le dosage exact de la peau à enlever est assez difficile à établir, étant donné le relâchement qui se produit par la suite; enfin, en cas de surcorrection définitive, on se trouve assez désarmé. Nous ne ferons donc qu'énumérer rapidement ces différents moyens qui doivent être abandonnés aujourd'hui.

Le Procédé de Celse, consistait à enlever un lambeau de peau ovalaire plus ou moins grand, à 4 ou 5 millimètres du bord libre de la paupière, et à suturer ensuite. Le grand axe de cet ovale était parallèle au bord ciliaire.

Carron du Villards, au lieu de faire un lambeau horizontal, enlevait deux ou trois plis verticaux dont il rapprochait les lèvres.

De Graefe faisait un lambeau triangulaire, dont la base, supérieure, était parallèle au bord ciliaire et à 3 ou 4 millimètres de lui.

Le procédé de *Brach*, repris par *Panas*, consistait à faire une incision horizontale cutanée à un centimètre environ du bord ciliaire, puis deux incisions verticales profondes partant de chaque extrémité de la première incision. On disséquait alors le volet de peau jusqu'aux cils et on réséquait une languette plus ou moins large, suivant le besoin, puis on suturait. Les adhérences cicatricielles qui se produisaient devaient réduire l'entropion, mais ce résultat était des plus importants.

Cette méthode de Brach-Panas a été reprise par le Docteur TERSON qui, pour en augmenter l'effet, lui adjoint une large excision de la portion marginale de l'orbiculaire.

Dans le but d'atténuer l'intensité de la contraction de l'orbiculaire le docteur CANTONNET a proposé une *blépharorraphie* externe de quelques millimètres. Il semble bien que cette méthode ne soit pas des plus heureuses, car elle renforce, au contraire, l'action de l'orbiculaire, qui trouve ainsi un point d'appui. De plus, une blépharorraphie est une opération qui n'est jamais très bien acceptée en clientèle parce qu'elle est inesthétique et gêne toujours un peu le malade. Enfin, il est bon d'ajouter que, dans plusieurs cas dans lesquels on avait recouru à cette méthode, on a pu observer que la partie restée libre du bord ciliaire s'enroulait encore sur elle-même.

De même, avec plus de raison, semble-t-il, on a proposé la *section de l'angle externe*, de manière à couper les fibres de l'orbiculaire et empêcher leur contraction, qui joue un si grand rôle dans la formation de l'entropion : là encore, les résultats ont été des plus inconstants et cette méthode n'est plus guère employée.

Opérations mixtes (Procédés de Duverger-Velter et de Zimanowsky).

Les deux opérations dont nous allons parler maintenant pour terminer cet exposé, ont été conçues primitivement pour corriger l'ectropion, puisque leur but est de raccourcir le bord ciliaire toujours relâché dans ce cas. Elles ont été ensuite reprises et appliquées contre l'entropion, où elles sont susceptibles de donner des résultats puisqu'elles tendent la paupière et par là même lui donnent une certaine rigidité qui s'oppose à son enroulement, et surtout parce que ces deux opérations comprennent, parmi leurs temps, l'excision des fibres marginales de l'orbiculaire, celles dont la contracture reconnue par tous joue un si grand rôle dans la formation de l'entropion.

Le procédé de Duverger-Velter consiste d'abord à tailler un triangle à sommet inférieur, en pleine paupière. La base de ce triangle est représentée par le bord ciliaire et chaque côté a environ un centimètre et demi. Ce colobome de la paupière inférieure est situé à peu près à l'union du tiers externe et du tiers moyen. On dédouble alors, de chaque côté, les deux feuillets, cutané et conjonctival; sur le côté externe du triangle, on incise, en forme de coin, un petit lambeau de peau et on fait, sur le côté interne, le même lambeau, mais sur la surface conjonctivale cette fois, si bien que les deux bords rapprochés s'adapteront parfaitement l'un sur l'autre.

A ce moment, on fait une seconde incision, horizontale, parallèle au bord ciliaire et à quelques millimètres au-dessous de lui et on excise la portion marginale de l'orbiculaire, puis on suture.

Cette intervention présente l'inconvénient de laisser après elle du tissu cicatriciel en pleine paupière; elle peut, en outre, provoquer un raccourcissement assez marqué de la paupière inférieure, qui risque de faire un contraste avec le côté non opéré.

De plus, la cicatrice verticale qui résulte du colobome de la paupière vient couper perpendiculairement la ligne horizontale de la seconde incision.

Procédé de Kuhnt Zimanowsky. — Pour remédier à ces inconvénients dont nous venons de parler, on a proposé d'employer l'opération de KUHNT ZIMANOWSKY, dans laquelle la paupière est attirée vers la tempe.

On excise, à l'angle externe de la fente palpébrale, un triangle de peau de un centimètre et demi de côté, dont le sommet est inférieur et la base située au niveau du bord libre de la paupière inférieure.

Avec la branche mousse des ciseaux dirigée en bas et en dehors, et introduite dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, tout à fait à l'angle externe, on libère la paupière dont on dédouble les deux feuillets, de façon à former un plan cutané et un plan conjonctival. Dans ce dernier, on résèque un lambeau triangulaire sensiblement égal au triangle cutané temporal dont nous avons parlé, et on abrase le bord libre de la paupière correspondant au lambeau. Il ne reste plus qu'à attirer vers la tempe le plan cutané et à le suturer sur la surface cruentée faite en premier lieu.

La seconde partie de l'intervention comprend, elle aussi, une incision horizontale qui permet de pratiquer l'excision des fibres de l'orbiculaire.

Nous avons déjà signalé pour quelles raisons ces deux opérations pouvaient donner de bons résultats dans l'entropion, alors qu'elles sont, avant tout, des moyens de correction de l'ectropion. Toutefois, il nous semble que, à moins d'avoir affaire à un entropion spontané où le bord ciliaire est nettement relâché (et ce doit être là l'exception) il n'y a pas lieu de recourir à l'un de ces deux procédés, puisque nous avons à notre disposition une autre opération plus simple et plus rationnelle.

CHAPITRE III

L'injection d'alcool dans la Paupière inférieure

En Novembre 1927, au Congrès de la Société Belge d'Ophtalmologie, le Professeur WEEKERS, de Liège, préconisa un nouveau moyen de guérison de l'entropion spasmodique en injectant en pleine paupière un centimètre cube d'alcool à 80°. Cette méthode, très simple et sans aucun danger, mérite d'être étudiée à fond afin de pouvoir en présenter les avantages et les inconvénients.

Technique de l'injection.

Celle-ci est des plus faciles : après avoir aseptisé la paupière inférieure, on fait, à 3 millimètres des cils, une première injection horizontale, sous-cutanée, de novocaïne à 2 %; afin d'éviter tout danger d'escharre, M. le Docteur TERSON conseille d'employer la novocaïne, sans adrénaline. On laisse l'aiguille en place et on s'assure, en la mobilisant, qu'elle est bien sous le derme : cinq minutes après, on injecte un centimètre cube d'alcool et on fait un léger pansement.

Aussitôt après l'injection, on obtient ordinairement un redressement instantané de la paupière entropionnée, accompagné

d'une réaction œdémateuse plus ou moins considérable durant les jours qui suivent (dans certains cas, l'œdème est descendu jusqu'au cou, le lendemain).

Les dangers de cette injection sont à peu près nuls, à condition de respecter le derme, ce qui est capital. Parmi les observations publiées en France, on ne signale que quelques cas très peu nombreux dans lesquels est apparue une petite phlyctène qui s'est cicatrisée sans laisser de traces, et dans lesquels, d'ailleurs, l'injection avait intéressé le derme.

Une malade, dont nous citons plus loin l'observation, a vu survenir une poussée eczémateuse à la paupière inférieure quelques jours après la piqûre.

Si nous exceptons le cas d'un confrère polonais, qui aurait observé une complication plus sérieuse (escharre de la paupière inférieure), nous pouvons donc constater que ces injections ne comportent pas de suites fâcheuses, à condition de respecter quelques détails très importants et sur lesquels nous insistons tout particulièrement.

Il faut éviter d'injecter l'alcool dans le tiers interne de la paupière inférieure, afin d'éviter l'éversion du point lacrymal. On ne doit pas non plus excéder la dose de un centimètre cube d'alcool, car la réaction provoquée est parfois violente. De même il est recommandé de laisser s'écouler plusieurs jours avant de renouveler l'injection, si l'on est obligé de recommencer.

Le redressement immédiat que l'on observe dans la plupart des cas montre bien que l'alcool agit d'abord en paralysant les terminaisons du facial, exactement comme il agit dans les injections à la tempe contre le blépharospasme. Mais, pour que le résultat soit durable, il faut que l'alcool détermine une réaction sclérosante des tissus dans lesquels il a été injecté, et forme ainsi une sorte de plastron adhésif qui maintienne la paupière en place. C'est pour augmenter cette action sclérosante que le Docteur TERSON a proposé d'utiliser l'alcool légèrement iodé, à deux

pour mille; de même, il a émis l'idée de se servir de substances plus actives encore : chlorhydrate double de quinine et d'urée, par exemple.

Si l'on reprend tous les cas qui ont été publiés en France depuis ces deux dernières années, on est forcé de reconnaître que l'injection d'alcool n'a que très rarement donné un résultat définitif. Les quelques observations que nous présentons par ailleurs ne peuvent, du reste, que confirmer cette opinion : le redressement de la paupière a lieu d'emblée la plupart du temps, parfois à la seconde injection seulement, et demeure ensuite un temps très variable, mais il n'a été que bien rarement possible de parler de guérison définitive. De plus, nous avons remarqué que les cas qui sont le plus améliorés sont ceux dans lesquels la paupière se redresse dès la première injection. Il semble bien, en résumé, que ce procédé n'ait pas entièrement répondu aux espérances que le Professeur WEEKERS mettait en lui.

Néanmoins, cette méthode, à cause de sa simplicité et de son innocuité, présente certains avantages, car elle est facile à appliquer chez des malades pusillanimes, à condition, bien entendu, de les prévenir qu'ils sont exposés à une récidive possible. Nombre de vieillards, atteints d'entropion spontané, s'opposent formellement à une opération quelconque et s'estiment très satisfaits lorsqu'une simple piqûre peut apporter un soulagement à leur infirmité, durant quelques mois : la meilleure preuve qu'ils puissent en donner est qu'ils viennent parfois d'eux-mêmes réclamer une seconde injection, qui, faite ainsi à plusieurs mois d'intervalle, peut être renouvelée sans aucun danger.

Etant donné ce que nous savons sur la façon dont agit l'alcool en pareil cas, il n'y aura lieu de conserver cette méthode d'injection que pour la correction des entropions moyens; elle est nettement insuffisante lorsqu'il s'agit d'un adulte au muscle orbiculaire puissant, ou lorsque le spasme est trop accentué : mieux vaut alors recourir d'emblée à une opération radicale.

Il existe, en outre, un cas dans lequel la méthode du Professeur WEEKERS peut rendre de grands services : c'est lorsqu'on a affaire à un entropion post-opératoire. En dehors des autres moyens très simples et parfois infidèles que nous avons signalés précédemment (collodion ou diachylon), toute intervention sur la paupière est délicate à ce moment et risque de compromettre les suites de l'opération : une injection d'alcool doit assurer, dans ce cas, un redressement très suffisant, tout en recommandant d'utiliser une dose inférieure à un centimètre cube, afin d'éviter une trop violente réaction.

CHAPITRE IV

Opération de Poulard et Michaud

Après avoir ainsi passé en revue la plupart des moyens préconisés pour la correction de l'entropion spontané, nous allons terminer par ce qui nous paraît être, à l'heure actuelle, la méthode de choix, l'opération de POULARD-MICHAUD. Ce procédé, qui expose beaucoup moins aux récidives que les autres interventions chirurgicales décrites précédemment, a comme principale caractéristique de prendre un point d'attache fixe dont il n'y a pas à craindre de relâchement ultérieur.

C'est en se basant sur l'existence constante d'une lame de fibres conjonctivales solides, le septum orbitale, qui partent du rebord orbitaire inférieur où elles sont très fortement attachées, pour remonter comme un véritable rideau obstruant la cavité orbitaire, et se terminer au-dessus du bord convexe du tarse, que les Docteurs POULARD et MICHAUD ont imaginé de les utiliser comme point d'attache : nous ne pouvons mieux faire, pour exposer les détails de cette intervention, que de citer le procédé tel qu'il est décrit dans la thèse du Docteur MICHAUD ou dans le « Traité de Chirurgien de l'Œil et de ses annexes », de M. le Professeur TERRIEN (1).

(1) Edition 1927.

Technique opératoire.

On pratique d'abord l'anesthésie locale, comme pour les interventions dans cette région : instillations entre les paupières de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4 % et injection dans l'épaisseur de la paupière inférieure de deux centimètres cubes d'une solution de novocaïne avec adrénaline.

Cinq minutes après, les tissus sont insensibilisés et on place la plaque métallique dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

Premier temps. — Incision des téguments.

L'incision des téguments se fera à 5 ou 6 millimètres du bord palpébral, et parallèlement à ce bord. On incise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les fibres de l'orbiculaire, et on se trouve à ce moment, dans une nouvelle et mince couche de tissu cellulaire recouvrant immédiatement le tissu fibreux du septum orbitaire, auquel nous allons emprunter les fibres conjonctives qui maintiendront la paupière redressée.

Deuxième temps. — Dissection d'une lame fibreuse ou de trois languettes fibreuses.

Dans la couche formée par le septum, on dissèque une lame fibreuse dans le bord libre de laquelle on passe trois anses de fil. Au lieu d'une lame, on peut aussi bien isoler trois languettes, à condition qu'elles présentent une résistance suffisante.

Il faut faire attention, à ce moment, de ne pas inciser la lame fibreuse, très mince, qui ferme l'orbite.

Troisième temps. — Passage des fils.

Les deux chefs de chaque anse de fil sont conduits de haut en bas, sous les téguments de la paupière, de façon à ce qu'ils sortent l'un près de l'autre, à la surface cutanée, un peu au-dessous du bord palpébral (environ à deux millimètres).

Quatrième temps. — Correction de l'entropion.

Les chefs de chaque anse sont noués ensemble sur un rouleau de papier sulfurisé ou sur une petite baguette de gomme. A ce moment, le bord palpébral se redresse vers la lame ou les languettes fibreuses qui vont le fixer et le maintenir.

On peut, sans inconvénient, obtenir un certain degré d'éversion de la paupière. On le peut d'autant plus facilement que la peau restant intacte, il n'y a pas lieu de craindre une éversion définitive.

Suites opératoires.

Pansement occlusif laissé en place durant deux ou trois jours. Vers le sixième ou le septième jour, ablation des fils.

Voici, tel qu'il a été décrit par MICHAUD, le procédé dont nous verrons l'application dans les observations que nous publions plus loin. Nous nous permettrons d'ajouter quelques remarques personnelles qui peuvent avoir une certaine importance, soit pour l'opération en elle-même, soit pour ses résultats.

Tout d'abord, ainsi que l'auteur l'a dit lui-même, il n'est nul besoin, en pratique, de perdre son temps à disséquer le septum orbitale : dès qu'on a incisé la peau et les fibres de l'orbiculaire, il suffit de saisir les tissus sous-jacents avec une pince et d'exercer quelques tractions de bas en haut. Si ces tissus résistent, c'est qu'il s'agit bien là du septum orbitale et sans s'attarder à disséquer trois languettes, il n'y a qu'à passer franchement les fils à travers les fibres conjonctives.

En second lieu, au moment du serrage des fils, l'auteur dit : « *On peut*, sans inconvénient, obtenir un certain degré d'éversion de la paupière »; nous ajouterons : « *On doit* toujours produire une éversion marquée de la paupière inférieure. Durant deux ou trois mois après l'intervention, cette éversion sera apparente et il est bon, à ce sujet, d'en avertir le malade, mais au bout

d'un certain temps, la paupière se remet d'elle-même à sa place normale.

Au surplus, si l'hypercorrection demeurait trop importante, quelques coups de ciseaux suffiraient à relâcher les attaches. Nous devons, du reste, ajouter que nous n'avons jamais constaté cet inconvénient parmi les malades que nous avons vus opérés suivant la méthode de POULARD-MICHAUD.

Toujours à propos du serrage des fils, nous croyons utile de déconseiller l'emploi de petits rouleaux de papier : il se produit souvent, dans les jours qui suivent l'intervention, un suintement assez marqué de la plaie, et, dans ce cas, le papier se désagrège et le fil ne sert plus à rien. Il est don préférable d'utiliser un petit rouleau en caoutchouc, un morceau de drain, par exemple.

L'auteur ne parle pas non plus, dans son travail, de résection de la peau, et pourtant, lorsque les tissus sont très relâchés, comme c'est souvent le cas, il y a là une véritable lacune : le bord ciliaire étant solidement attaché aux fibres du septum orbitale semble s'enfoncer au milieu d'une dépression qu'il se creuse dans la peau de la paupière inférieure trop abondante. Il se forme là un bourrelet de chair assez inesthétique, qu'il est facile d'éviter en réséquant une languette de peau plus ou moins large, suivant l'effet que l'on désire obtenir.

Enfin, pour ce qui est du temps durant lequel les fils doivent rester en place, temps que l'auteur indique comme devant être de six à sept jours, nous pensons que pour obtenir des adhérences solides, définitives, il est préférable de les laisser au moins pendant quinze jours si l'on ne veut pas s'exposer à voir retomber en arrière une paupière insuffisamment maintenue. Cette façon de procéder ne peut d'ailleurs, entraîner aucun inconvénient, si le malade veut bien prendre soin de ne pas toucher à sa paupière. Au surplus, au cas où l'on verrait apparaître de la suppuration, il serait facile alors d'en supprimer la cause.

Cette opération, telle qu'elle a été décrite, et avec les quelques remarques que nous avons cru devoir y ajouter, se recommande certainement comme un procédé qui présente de multiples avantages.

1° C'est tout d'abord une intervention extrêmement simple, surtout si l'on ne s'attarde pas à disséquer le septum orbitale.

2° Il n'y a pour ainsi dire pas lieu de s'inquiéter d'une surcorrection définitive, puisque l'expérience nous a appris que la paupière se redressait toujours d'elle-même à la longue. D'ailleurs, si cette surcorrection se maintenait, rien ne s'opposerait à la faire disparaître, les tissus n'ayant pas été touchés.

3° Enfin, détail qui a son importance, l'incision, simple, droite, horizontale, suivant la direction des plis de la paupière, ne laisse aucune cicatrice visible.

Quant aux suites opératoires, elles sont de courte durée et ne gênent nullement le malade : le bourrelet formé à la paupière inférieure par les trois nœuds, s'atténue petit à petit et finit par disparaître au bout de deux à trois mois; nous devons, de plus, ajouter que chez les malades qui ont été opérés de cette façon et dont nous publions les observations, jamais aucune complication n'a été constatée.

CHAPITRE V

Observations

Voici maintenant toute une série d'observations intéressantes qui, toutes, sauf deux, ont été prises dans le service de M. le Docteur MÉRIGOT DE TREIGNY, à l'Hôpital Saint-Joseph. Elles ont ceci d'intéressant qu'elles nous montrent des cas d'entropion spontané qui, tous, ont été traités par l'une des deux méthodes que nous avions plus particulièrement l'intention d'étudier au cours de ce travail : dans plusieurs cas même, les deux procédés ont été employés successivement, l'opération de POULARD-MICHAUD étant venue suppléer à l'insuffisance de l'injection d'alcool.

OBSERVATION N° 1

Madame L..., âgée de 78 ans, atteinte d'entropion spasmodique, vient consulter à l'Hôpital Saint-Joseph, le 17 Novembre 1928.

Quelques jours après, elle est opérée suivant la méthode de POULARD-MICHAUD. Les fils cutanés sont enlevés au bout de quatre jours et les fils profonds laissés en place durant quinze jours. A ce moment, le résultat est très bon.

La malade est revenue un an après : la paupière, assez fortement ectropionnée durant les deux mois qui ont suivi l'intervention, est maintenant très bien en place. Pas de cicatrice apparente. Excellent résultat.

OBSERVATION N° 2

Le 4 Avril 1929, Madame F..., âgée de 48 ans, se présente avec un entropion des deux paupières inférieures, droite et gauche. Le spasme est très accentué, mais plus encore à gauche. L'examen ne décèle aucune trace d'une lésion quelconque du globe ou des paupières.

Pour soulager la malade, on fait, le même jour, une injection d'alcool à 80° de un centimètre cube après novocaïne, dans la paupière droite, celle où le spasme est le moins violent. Il se produit une grosse amélioration d'emblée et quelques jours après, *la malade revient d'elle-même demander* qu'on lui applique le même traitement pour la paupière gauche, ce qui est fait.

La malade n'est pas revenue dans le service et il est regrettable qu'elle n'ait pas jugé bon de faire constater si l'amélioration s'était produite aussi bien à gauche qu'à droite, et surtout si ce résultat avait été durable.

OBSERVATION N° 3

Monsieur B... est âgé de 63 ans et vient, le 4 Mars 1929, à l'Hôpital Saint-Joseph pour un entropion spasmodique de l'œil gauche. A l'examen du globe et des paupières, on ne trouve aucune lésion susceptible d'expliquer l'origine du spasme.

Le même jour, on fait une injection de un centimètre cube d'alcool à 80° après novocaïne. On observe un redressement d'emblée.

Le malade est revu à deux reprises différentes : trois jours après l'injection, d'abord, le 7 Mars, on peut constater que le redressement s'est maintenu. De même, quinze jours plus tard, le 21 Mars, l'amélioration a persisté.

Là encore, le malade n'étant point revenu à la consultation, il nous est impossible d'affirmer que la guérison a été définitive.

OBSERVATION N° 4

Madame C..., âgée de 67 ans, vient consulter, le 7 Décembre 1929, pour un entropion spasmodique intermittent de l'œil droit. On ne trouve aucune lésion de l'œil ou de ses annexes, mais on peut constater que le bord ciliaire est nettement tendu et que la fente palpébrale semble plus petite que du côté sain.

On pratique l'opération de POULARD-MICHAUD le 9 Décembre 1929, et on enlève les fils profonds le 26, quinze jours après par conséquent. Très bon résultat.

La malade est revue un mois plus tard, le 25 Janvier 1930 : la paupière est encore ectropionnée et paraît solidement attachée : des tractions exercées de bas en haut montrent la solidité des adhérences profondes. Il n'y a pas de cicatrice visible.

Le 13 février, la malade revient à nouveau faire constater qu'elle est toujours dans un état aussi satisfaisant.

OBSERVATION N° 5

Madame M..., âgée de 61 ans, consulte à l'Hôpital Saint-Joseph, le 19 Septembre 1929, pour un entropion de l'œil gauche dont elle souffre depuis plusieurs semaines. Il s'agit, là encore, d'un entropion spontané, car il n'y a aucune ulcération visible, ni sur la cornée, ni sur les paupières.

On fait, le même jour, une injection d'alcool suivant la technique du Professeur VEEKERS. La malade est revue le 21 et le 23 Septembre : le redressement, qui s'était produit d'emblée, s'est maintenu.

Deux mois après, le 11 Novembre, l'entropion reparaît et la malade vient à nouveau à l'Hôpital Saint-Joseph, où elle est opérée le 13 Novembre 1929, suivant le procédé de POULARD et MICHAUD : là encore, nous avons pu constater que le bord ciliaire est tendu et paraît plutôt moins long que le bord ciliaire du côté sain.

Ablation des fils profonds quinze jours après l'opération : le résultat est très bon.

La malade est revenue deux fois, le 30 Décembre 1929 et le 6 Février 1930, nous faire constater que sa paupière n'avait pas bougé de place. Elle est enchantée de son opération dont on ne voit déjà plus la trace. La guérison semble bien définitive.

OBSERVATION N° 6

Madame G..., âgée de 72 ans, atteinte d'entropion spasmodique de l'œil droit, vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Joseph, le 27 Juin 1929. Deux jours après, on lui fait une injection d'alcool, mais de un demi-centimètre cube seulement. Cette injection ne donne aucun résultat et, en présence de cet échec, on fait une nouvelle tentative, le 4 Juillet, mais, cette fois, avec un centimètre cube d'alcool.

Le redressement est complet immédiatement, mais ne se maintient qu'une dizaine de jours seulement.

Le 7 Novembre 1929, la malade est opérée suivant la *méthode de POULARD-MICHAUD*. Les fils profonds sont enlevés deux semaines après et, à ce moment, le résultat est très bon. La guérison a dû se maintenir, car la malade n'est plus revenue.

OBSERVATION N° 7

Voici une observation particulièrement intéressante, car on a employé successivement différents procédés pour guérir Madame B..., âgée de 71 ans, qui présentait un entropion spasmodique très marqué de l'œil droit. Vue à diverses reprises, cette malade, elle aussi, a toujours eu un bord ciliaire normal, plus tendu que le sain.

La première consultation de cette malade remonte au 9 Mai dernier : l'examen ne montrant la présence d'aucune lésion susceptible d'expliquer l'origine de l'entropion, on fait, le même jour, une injection de un centimètre cube d'alcool.

On obtient un redressement complet de la paupière, qui est contrôlé les jours suivants, le 12 et le 18 Mai 1929. A ce moment, apparaît une eczématisation des bords ciliaires et de la paupière inférieure : cette complication bénigne disparaît après quelques jours de traitement.

Le résultat obtenu par l'injection se maintient durant sept mois, et le 7 Décembre 1929, l'entropion reparaît. La malade revient : ne voulant pas accepter d'opération, on lui fait trois sutures de GAILLARD, dont on laisse les fils en place durant trois semaines. A ce moment, la paupière semble solidement redressée et maintenue.

Un mois après, le 27 Janvier 1930, l'entropion a reparu. La malade, excédée, accepte une intervention et nous pratiquons le POULARD-MICHAUD deux jours après.

Les suites opératoires sont normales, sans incident : nous enlevons les fils cutanés le quatrième jour et les fils profonds le treizième. Nous n'avons pas jugé bon de les laisser plus longtemps, car ils menaçaient de couper la peau.

La malade est revenue nous voir le 13 Février; sa paupière, assez fortement ectropionnée, ne la gêne plus du tout et elle se déclare enchantée. En exerçant des tractions avec le doigt, nous pouvons constater l'existence d'adhérences profondes, qui semblent fixer solidement le bord libre de la paupière. Il nous est permis d'espérer que les résultats ultérieurs seront aussi satisfaisants, ainsi qu'ils l'ont été pour les autres malades opérés de la même manière.

OBSERVATION N° 8

Madame V..., âgée de 78 ans, consulte, le 8 Octobre 1927, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour un entropion spasmodique de l'œil droit, qui est opéré deux jours après, suivant le procédé de POULARD-MICHAUD.

La malade revient tout dernièrement, le 6 Février 1930, pour un entropion de l'œil gauche, apparu il y a deux ou trois mois environ. Elle accuse, en outre, un peu de larmoiement de l'œil droit.

A l'examen, nous ne trouvons aucune trace visible de l'intervention qui a été pratiquée il y a trois ans; la partie médiane de la paupière n'a pas bougé, seule la partie externe s'est un peu redressée et les cils sont verticaux, causant ainsi un peu de larmoiement. Il semble, d'après ce que dit la malade, que les fils ont été ôtés cinq à six jours après l'opération, ce qui pourrait expliquer cet insuccès partiel, puisque nous avons vu plus haut qu'il fallait laisser une quinzaine de jours environ pour avoir des adhérences solides.

Quoiqu'il en soit, ce redressement partiel ne gêne guère la malade, qui ne serait pas revenue consulter si son œil gauche n'avait été atteint à son tour.

Etant donné le grand âge de la malade, qui désire éviter une opération, nous pratiquons séance tenante une injection d'alcool à 90° dans la paupière inférieure, qui se redresse immédiatement.

Nous devons ajouter que l'examen attentif de la paupière inférieure gauche nous montre un relâchement considérable de la peau et un bord ciliaire qui semble normal, ni tendu, ni allongé.

Les suites de cette injection d'alcool ne sont pas satisfaisantes : deux jours après, la paupière est retombée en entropion et nous décidons d'attendre que le gonflement soit disparu avant de pratiquer une opération radicale.

OBSERVATION N° 9

Voici encore une très belle observation d'entropion double que nous devons à notre ami, le Docteur SUBILEAU.

Il s'agit d'une malade, Madame C..., actuellement âgée de 76 ans, qui est venue consulter à l'Hôpital de Bon-Secours en 1927. Elle était atteinte d'entropion de l'œil droit avec spasme très marqué. Le Docteur SUBILEAU lui fait l'opération de POULARD-MICHAUD, le 16 Août 1927, avec un plein succès.

Six mois après, la malade revient : son œil droit est complètement guéri, mais le gauche est atteint à son tour

d'entropion spasmodique. On lui refait la même opération, le 4 Avril 1928, et on obtient le même résultat que pour l'œil droit.

La malade a été revue à différentes reprises durant ces dernières années et notamment il y a quelques semaines, lorsqu'elle est venue consulter pour une conjonctivite : ses paupières n'ont jamais bougé depuis qu'elle a été opérée.

OBSERVATION N° 10

Enfin, pour terminer toute cette série d'observations d'entropion spontané, voici un cas que notre maître, Monsieur le Docteur MERIGOT DE TREIGNY, a bien voulu nous communiquer et qui est intéressant parce qu'il s'agit d'injections répétées d'alcool qui n'ont donné qu'un résultat temporaire.

Madame M..., âgée de 64 ans, vient consulter au début de l'an dernier pour un entropion double. Le 3 Mai 1929, M. le Docteur MERIGOT DE TREIGNY fait une première injection d'alcool à 90° dans l'œil droit. Il emploie un peu moins de un centimètre cube dilué dans un centimètre cube de novocaïne. Aucune modification immédiate de la paupière n'apparaît, mais, quatre à cinq jours après, s'effectue un redressement assez marqué qui va durer une quinzaine de jours. Puis l'entropion reparaît.

En Juillet, nouvelle injection d'alcool, suivant la technique précédente, mais, cette fois, dans les deux yeux (à quatre jours d'intervalle l'une de l'autre). Le redressement est immédiat pour l'œil droit et dure environ six semaines. L'œil gauche est simplement amélioré.

Dans le courant du mois d'Octobre, M. le Docteur MERIGOT DE TREIGNY apprend que la malade n'est pas complètement guérie, mais se trouve néanmoins satisfaite de son traitement.

Enfin, le 4 Février 1930, la malade revient : l'entropion a reparu depuis plusieurs semaines, à droite et à gauche, aussi marqué qu'avant les injections. La malade décide alors

de recourir à une opération radicale et il lui sera fait un POULARD-MICHAUD à la paupière inférieure droite et gauche.

Fait intéressant à signaler : la réaction provoquée par les injections d'alcool a toujours été très vive et le gonflement est descendu jusque dans le cou durant quatre à cinq jours, pour disparaître totalement au bout d'une semaine environ.

CONCLUSIONS

De ces douze cas d'entropion spontané que nous venons de rapporter, nous pouvons tirer quelques conclusions utiles :

D'abord, en ce qui concerne les injections d'alcool, nous voyons que chez aucun des neuf cas traités de cette façon, il n'a été permis de parler de guérison définitive. Les plus favorisés ont bénéficié d'une amélioration de quelques semaines à quelques mois, puis sont retombés dans leur état antérieur. En nous basant sur ces observations et sur celles qui ont été publiées ailleurs, nous pensons qu'il est à peu près possible d'affirmer, à l'heure actuelle, que la méthode des injections d'alcool, telle que l'a préconisée le Professeur WEEKERS, constitue seulement un procédé d'attente qui, par sa simplicité, sera toujours bien accueilli, et qui permettra d'accoutumer tout doucement le malade pusillanime à l'idée d'une intervention curatrice.

En dehors de ce cas particulier, nous ne croyons pas devoir recommander l'usage de l'injection d'alcool, à moins d'avoir affaire à un entropion très peu accentué, dans lequel, peut-être, on est en droit d'espérer un résultat favorable.

Pour ce qui est de la cure radicale de l'entropion spasmodique, il nous semble que les cas que nous avons cités parlent vraiment en faveur de l'opération de POULARD-MICHAUD, dont nous avons dit, par ailleurs, les multiples avantages. Si un ou deux de ces malades ont été opérés trop récemment pour que l'on puisse affirmer qu'ils sont délivrés à tout jamais de leur infirmité, par contre, dans les autres cas qui, eux, remontent à plusieurs mois

ou à plusieurs années en arrière, nous pouvons constater que la paupière s'est toujours bien maintenue en place : une seule fois un redressement de la partie externe du bord ciliaire a été observé au bout de trois ans, et c'est là le seul demi-insuccès à signaler sur huit cas opérés.

Nous terminerons donc en recommandant tout spécialement le procédé de POULARD et MICHAUD pour la correction de l'entropion spontané, pensant que cette série de beaux résultats mérite vraiment que l'on accorde quelque crédit à la méthode qui a permis de les obtenir dans une affection qui est reconnue par tous comme étant particulièrement tenace.

VU : *Le Doyen*,
ROGER.

VU : *Le Président de Thèse*,
TERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

BUSSY. — Ophtalmologie.

CANTONNET. — Archives d'ophtalmologie, 1914.

— Causeries d'ophtalmologie.

— Ophtalmologie du praticien.

CANTONNET et VINCENT. — Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris (Novembre 1925).

CELSE. — « De Arté Medica » (*Traduction Védrennes.* Paris, 1875).

DARIER. — Traité de thérapeutique oculaire générale et spéciale.

DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique.

LAGRANGE. — Précis d'ophtalmologie.

LAGRANGE et VALUDE. — Encyclopédie Française d'Ohptalmologie.

MARCHADIER. — Thèse de Paris, 1928.

MICHAUD. — Thèse de Paris, 1926.

MORAX. — Précis d'ophtalmologie (édition 1921).

PANAS. — Traité des maladies des yeux (*Masson, édit.* 1894).

POULARD. — Traité d'ophtalmologie.

ROCHON DUVIGNEAUD et DRIOLA. — L'ophtalmologie en clientèle.

TERRIEN. — Précis d'ophtalmologie. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes (Edition 1927).

TERSON. — Chirurgie oculaire et ophtalmologie du praticien.

— Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris (Juillet 1929).

— Annales d'oculistique (Février 1929 et Janvier 1930).

— Presse Médicale (28 Novembre 1928 et 12 Octobre 1929).

VALIÈRE-VIALEX. — Annales d'oculistique (Février 1929).

Gournay-en-Bray. — Imp. A. Letresor.